

## Anmeldung Berufsschule Gebäudereinigung (Blockunterricht)

**Ausbildungszeit**                       3 Jahre                       mit Fachhochschulreife

**Ausbildungszeitverkürzung**                        um 6 Monate  
 (aufgrund vorheriger Ausbildung, berufliche                       um 12 Monate  
 Vorbildung, anderer Schulabschluss)

Persönliche Angaben						
Nachname:						
Vorname:				Geschlecht:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	
Geburtsdatum:		Geburtsort:		Geburtsland:		
Straße und Hausnummer:						
PLZ und Wohnort / Teilort:						
Staatsangehörigkeit:			Konfession:			
Telefon:			Mobil:			
E-Mail:						
Überwiegend in der Familie gesprochene Sprache?	<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> nicht deutsch, sondern: _____				

Erziehungsberechtigte/Sorgeberechtigte (bei Auszubildenden unter 18 Jahren)	
Nachname(n), Vorname(n):	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Wohnort:	
Telefon:	
E-Mail-Adresse:	

Schulische Vorbildung bzw. zuletzt erreichter Abschluss (bitte ankreuzen)								
Ohne Abschluss	Haupt-schul-abschluss	Mittlerer Bildungsabschluss					Fachhoch-schulreife	Abitur/Hoch-schul-reife
		Werkreal-Schule	Realschule	Gymnasium	Gemeinschafts-schule	Fachschulreife oder mittlerer Bildungsabschluss an einer berufl. Schule (FSR)		
(OHS)	(HS)	(WRS)	(RS)	(RSG)	(RSGSS)		(FHSR)	(HR)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BVJ (BVJ) / VAB (VAB): <input type="checkbox"/>				BEJ (BEJ): <input type="checkbox"/>				
Abgeschlossene Berufsausbildung als:								

**Angaben zur Ausbildung (bitte ankreuzen)**

- Reguläre Berufsausbildung mit Berufsausbildungsvertrag bei IHK oder Handwerkskammer  
 Maßnahme mit **Bildungsgutschein** der Bundesagentur für Arbeit  
**Bildungsgutschein-/Kundennummer:** \_\_\_\_\_  
 Übernahme/Förderung durch die Bundeswehr  
 Umschulung über die Rentenversicherung  
 Festgestellter Anspruch auf sonderpädagogisches Bildungsangebot

Ausbildungsbeginn/ Beginn der Maßnahme:		Schriftliche Abschlussprüfung (Teil II): <input type="checkbox"/> Sommer: _____ <input type="checkbox"/> Herbst: _____
Ausbildungsende/ Ende der Maßnahme:		

**Beizufügende Unterlagen:**

- Kopie Ausbildungsvertrag

**Angaben zum Ausbildungsbetrieb**

Ausbildungsstätte:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Telefon:	
Telefax:	
E-Mail-Adresse:	
Ansprechpartner(in):	
Datum und Unterschrift des Ausbildungsbetriebs / des Bildungsträgers	Firmenstempel